

# Notificación Binacional

Tel. 001-800-789-1751

Jurisdicción

que refiere: \_\_\_\_\_ Fecha de envío: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Persona que refiere: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_

- Caso confirmado Notificado por el Estado de: \_\_\_\_\_ No. de Registro: \_\_\_\_\_  No se notificó  
 Caso sospechoso  Contacto cercano  Inmunocomprometido  Trat. preventivo  Investigación de caso índice

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre

Alias: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Domicilio nuevo:

Calle, Número, Apt. o Interior                      Colonia o Fraccionamiento

Ciudad, Municipio o Condado, Estado, Código Postal

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fecha esperada de llegada: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico que le atenderá:  Se desconoce  Se conoce (nombre, domicilio, teléfono) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia en E.U.: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia en México: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono localizado en: \_\_\_\_\_

Domicilio del paciente, Domicilio de un familiar, Caseta, Lugar de trabajo, etc.

**Información clínica de:**  este caso/sospechoso  caso índice para este contacto  este contacto  no aplicable

Localización(es) de la enfermedad:  Pulmonar  Otra(s) especifique: \_\_\_\_\_

### EXAMENES DIAGNOSTICOS Y DE CONTROL

Fecha de recolección	Tipo de muestra	Baciloscopia	Cultivo	Susceptibilidad	Radiología	PPD
Fecha	Otros exámenes	Resultado				

**Medicamentos**  Para este caso/sospechoso  Para este contacto

Medicamento	Dosis	Fecha de inicio	Fecha de suspensión

Fecha en que termina \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TAES**  No  Si: F. de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diario  2x Sem  3x Sem

Ultima dosis supervisada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Problemas de Adherencia/efectos sec. importantes:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se dió medicamento para \_\_\_\_\_ días



**Comentarios:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

